



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ



KAN BAĞIŞI İLE İLİŞKİLİ ŞÜPHELİ İSTENMEYEN REAKSİYON HIZLI BİLDİRİM FORMU

KURUM VE BAĞIŞ BİLGİLERİ			
Kan Hizmet Birimi Adı			Kan Grubu
Bağış Numarası			
Kaçıncı Bağış	Yaş :	Cinsiyet <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	
Bağış Türü	<input type="checkbox"/> Tam Kan <input type="checkbox"/> Aferez ;		
Kan Bağış Tarihi		Başlangıç Saati:	Bitiş/Sonlandırma Saati:
İstenmeyen Reaksiyon Tarihi		Rapor Etme Tarihi	
İSTENMEYEN REAKSİYON			
<input type="checkbox"/> İĞNE İLE İLİNTİLİ LOKAL SEMPTOMLARLA GİDEN REAKSİYONLAR (100)			
<input type="checkbox"/> Damar Hasarları (110)		<input type="checkbox"/> Sinir Hasarları (120)	
<input type="checkbox"/> Hematom (111)		<input type="checkbox"/> İğneye Bağlı Sinir Hasarı (121)	
<input type="checkbox"/> Gecikmiş Kanama (112)		<input type="checkbox"/> Hematoma Bağlı Sinir Hasarı (122)	
<input type="checkbox"/> Atardamar Yırtığı (113)		<input type="checkbox"/> Tendon Hasarı (130)	
<input type="checkbox"/> Tromboflebit (114)		<input type="checkbox"/> Kompartman Sendromu (140)	
<input type="checkbox"/> Arteriyovenöz Fistül (115)		<input type="checkbox"/> Ağrılı Kol (150)	
<input type="checkbox"/> Brakiyal Arterde Psödoanevrizma (116)		<input type="checkbox"/> Allerjik Reaksiyon Çeşitleri (160)	
<input type="checkbox"/> Aksiller Ven Trombozu (117)		<input type="checkbox"/> Lokal Allerjik Reaksiyon (161)	
<input type="checkbox"/> Üst Ekstremitede Derin Ven Trombozu (118)		<input type="checkbox"/> Sistemik Allerjik Reaksiyon (162)	
<input type="checkbox"/> Lokal Enfeksiyon (119)		<input type="checkbox"/> Anafilaktik Reaksiyon (163)	
<input type="checkbox"/> GENEL SEMPTOMLARLA GİDEN REAKSİYONLAR (200) (Vazovagal Reaksiyonlar-Vvr);			
(a) Hafif Reaksiyon		(b) Orta Şiddette Reaksiyon	(c) Şiddetli Reaksiyon
(Örneğin; 202 a: Hafif Şiddette Hasarlı Vazovagal Reaksiyon)			
<input type="checkbox"/> Ani Vvr (201) <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c		<input type="checkbox"/> Gecikmeli Vvr (203) <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	
<input type="checkbox"/> Yaralanmalı Ani Vvr (202) <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c		<input type="checkbox"/> Yaralanmalı Gecikmeli Vvr (204) <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	
<input type="checkbox"/> AFEREZE İLİŞKİN REAKSİYONLAR (300)			
<input type="checkbox"/> Sitrat Toksisitesi (301)		<input type="checkbox"/> Hemoliz (302)	
<input type="checkbox"/> Hava Embolizmi (303)			
<input type="checkbox"/> DİĞER REAKSİYONLAR (400)			
<input type="checkbox"/> KARDİOVASKÜLER REAKSİYONLAR (410)		<input type="checkbox"/> Serebrovasküler Olay (413)	
<input type="checkbox"/> Anjina Pektoris (411)		<input type="checkbox"/> Miyokard Enfarktüsü (414)	

<input type="checkbox"/> Kalp Durması (412)	<input type="checkbox"/> Geçici İskemik Atak (415)			
REAKSİYONUN İLİŞKİLENDİRME DERECEİ				
<input type="checkbox"/> Değerlendirilmeyen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
REAKSİYONUN CİDDİYET DERECEİ				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<p>(Bu Forma Ek Olarak; Bir Yazı ile Reaksiyonun Semptom ve Bulgularını, Bunların Bağışın Başlamasından İtibaren Zaman Olarak ve Alınan Bağış Miktarına Göre Ortaya Çıkışını, Tıbbi Müdahale Olarak Yapılanları ve Bağışçının Son Durumunu Ayrıntılı Olarak Açıklayınız.)</p> <p>Klinik Gidiş:</p>				
HEMOVİJİLAN SORUMLUSU				
Unvan, Ad, Soyad, İmza Tarih				